

Dr. med. K. Ruffmann
Ärztehaus Vincenti
Arzt für innere Medizin • Kardiologie
Sophienstraße 47 • D-76530 Baden-Baden
Telefon: +49 (0)7221 970 72 20

Ansprechpartner für die Medien:
FutureConcepts • Christa Jäger-Schrödl & Kollegen
PR & Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail: Info@futureconcepts.de • Mobil (0171) 501 84 38
<http://www.dr-ruffmann.de> • E-Mail: office@dr-ruffmann.de

Medien: alle
Ressort: Medizin, Gesundheit, Prävention, Lifestyle, Wellness
Datum: 23.05.2016
Zeichen (ohne Leerzeichen): ca. 7.458 Zeichen

PRESSEINFORMATION

1 Interview

2 Herzprobleme - geht es auch 3 ohne Eingriff?

4 **Wir fragen den erfahrenen Kardiologen und**
5 **Herzspezialisten Dr. Kai Ruffmann aus Baden-Baden. Mit**
6 **seinem Faible fürs Herz beschäftigt sich der Mediziner**
7 **schon seit vielen Jahren mit neuen Therapieformen und**
8 **macht sich stark für nicht-invasive Untersuchungs- und**
9 **Behandlungs-Methoden.**

10

11 Baden-Baden, Mai 2016: Die Erkrankung von Herz und
12 Kreislauf ist Haupttodesursache in der westlichen Welt. Erst
13 durch einen Schmerz in der Brust und Atemnot bei Belastung
14 werden die Betroffenen aufmerksam und besuchen Fachärzte
15 für innere Medizin oder Kardiologie. Auf eine Untersuchung im
16 Ruhezustand und unter Belastung folgt meist der Herzkatheter,
17 um Einengungen von Herzkranzarterien darzustellen und
18 anschließend zu behandeln. Fallweise ist auch eine
19 Herzoperation nötig. Durch diese invasiven Untersuchungs-
20 und Behandlungsmethoden geht es den Patienten in der Regel
21 besser.

22 Wozu brauchen wir also die „nicht-invasive“ Kardiologie, für die
23 Sie sich stark machen, Herr Dr. Ruffmann?

24 **Dr. Ruffmann:** Um das auch für den Laien vorab klarzustellen:
25 Unter „nicht-invasiver“ Kardiologie werden Untersuchungen

26 und Behandlungsformen zusammengefasst, die keinerlei
27 Eingriff in den Körper erfordern.

28 Die Durchblutungsstörung des Herzens, um bei Ihrem Beispiel
29 zu bleiben, führen in der Tat häufig auf den Kathetertisch des
30 Invasivkardiologen. Nur bei 20 bis 30 Prozent der Patienten
31 weltweit findet sich dann auch eine geeignete Stelle für eine
32 Dilatation und einen Stent. Den übrigen 70-80 Prozent sagt
33 man, es sei alles in Ordnung und entlässt sie häufig mit den
34 gleichen Medikamenten und Beschwerden, mit denen sie
35 gekommen sind. Als Lippenbekenntnis werden dann noch
36 Vorschläge für einen gesunden Lebensstil beige-steuert, deren
37 Umsetzung dem Patienten allein überlassen wird.

38 Ist denn bei unauffälligem Herzkatheter manchmal doch nicht
39 alles in Ordnung?

40 **Dr. Ruffmann:** In der Tat! Die Abbildung oben zeigt das
41 Problem. Die Koronarangiographie stellt nur die großen
42 Herzkranzarterien dar, also den Anfang des Gefäßbaumes, der
43 unser Herz mit Blut und Sauerstoff versorgt. Selbst hier sind
44 nur höhergradige Einengungen auffällig, quasi das Endstadium
45 der Erkrankung. In der Abbildung ist dies mit „I“ bezeichnet. 50
46 Prozent aller Patienten mit Veränderungen an den großen
47 Arterien haben aber auch eine so genannte mikrovaskuläre
48 Angina, also eine Einengung an den mittleren und kleinen
49 Arterien im weiteren Verlauf des koronaren Gefäßbaumes. Für
50 dieses Problem wird bei der Herzkatheter-Untersuchung gar
51 nichts erreicht und es lässt sich mit Medikamenten allein auch
52 nur ungenügend behandeln. Und dann bleibt da das
53 Stoffwechselproblem der Herzmuskelzellen selbst („III“ in der
54 Abbildung). Die sauerstoffverarmte Herzmuskelzelle gerät in
55 einen Schädigungsstoffwechsel, eine Art Notfallbetrieb. Das
56 bedeutet: Weniger Energie, mehr Luftnot und Herzschmerzen
57 als Resultat.

58 Es bleiben also die 20 bis 30 Prozent erfolgreich dilatierten und
59 mit Stent versorgten Patienten. Wenigstens für sie ist das
60 Problem dann gelöst, oder etwa nicht?

61 **Dr. Ruffmann:** Sehen Sie sich doch die Abbildung an! Die
62 Coronardilatation behandelt die engste Stelle und schafft im
63 besten Fall eine normale Weite des zuvor eingengten
64 Koronargefäßes. Die anderen Stellen werden nicht berührt.
65 Das Problem sitzt aber in der Wand der Arterien, in den
66 Ablagerungen und entzündlichen Gefäßveränderungen, deren
67 Fortentwicklung nach einer erfolgreichen Coronardilatation
68 doch nicht aufhört. Hier geschieht gar nichts, von Ebene II und
69 Ebene III in der Abbildung einmal ganz zu schweigen.

70 Wenn diese Form der Therapie so erfolglos wäre wie Sie sagen,
71 müssten dann nicht zahlreiche der einmal so behandelten
72 Patienten nach einiger Zeit wieder auf dem Kathetertisch
73 liegen!?

74 **Dr. Ruffmann:** Das ist in der Tat auch der Fall. Einer
75 amerikanischen Studie an 5000 notfallmäßig dilatierten
76 Patienten zufolge, waren fünfzehn Prozent der so behandelten
77 Patienten wegen einer erneuten Einengung innerhalb von nur
78 drei Jahren wieder da zum Herzkatheter. In etwa zu gleichen
79 Teilen befand sich die Einengung an der zuvor behandelten
80 Stelle beziehungsweise an einer völlig anderen.

81 Nachträgliche Betrachtungen machen es leicht, Methoden zu
82 beurteilen und zu kritisieren. Wir würden Sie denn vorgehen?

83 **Dr. Ruffmann:** Lassen Sie uns das doch vom Kopf auf die Füße
84 stellen. Warum beginnen wir nicht einfach damit, im Rahmen
85 der Mitochondrienmedizin den aus dem Ruder gelaufenen
86 Stoffwechsel aller halbwegs erreichbaren und dem
87 Blutkreislauf zugänglichen Herzmuskelzellen wieder zu
88 normalisieren? Gleichzeitig sollten Durchblutungsstörungen an
89 den großen Herzkranzarterien als Problem der Arteriosklerose
90 des ganzen Körpers begriffen und behandelt werden. Erst
91 wenn dann noch höhergradige Einengungen an den gut
92 erreichbaren Stellen der Herzkranzarterien übrig bleiben, sind
93 diese ein gutes Ziel für den Dilatationskatheter.

94 Jetzt aber mal Butter bei die Fische! Die Abbildung, die Sie
95 mitgebracht haben, zeigt uns die drei Ebenen des Problems. Sie
96 haben gesagt, dass die Gabe von Medikamenten und die
97 so genannte Sekundärprävention das Problem nicht lösen
98 werden. Nun bitte konkret: Wie sieht Ihre Therapie aus?

99 **Dr. Ruffmann:** Acht Sitzungen mit einer Infusionstherapie aus
100 Antioxidantien, Vitaminen der B-Reihe, Spurenelementen,
101 essenziellen Aminosäuren und Coenzym Q10. Gleichzeitig
102 beginnen wir mit der pulssynchronen externen Gegenpulsation
103 (EECP-Therapie), mit möglichst zwanzig Sitzungen über je eine
104 Stunde an den Werktagen von vier Wochen.

105 Und das soll wirken? Können Sie die Wirksamkeit denn
106 nachweisen? Gibt es kontrollierte Studien?

107 **Dr. Ruffmann:** Die Wirksamkeit lässt sich im EKG nachweisen,
108 bei Belastungsuntersuchungen und natürlich auch bei der
109 Ultraschalluntersuchung des Herzens. Schon während der
110 Therapie werden diese Untersuchungen in regelmäßigen
111 Abständen durchgeführt, um die Gesundheit des Patienten
112 nicht aus dem Blick zu verlieren.

113 Leider gibt es für diese Form der Therapie noch keine
114 kontrollierten Studien. Zum einen, weil der therapeutische
115 Ansatz neu ist, zum anderen finden kontrollierte Studien
116 weltweit und mit einem großen organisatorischen Aufwand
117 meist nur mit finanzieller Unterstützung der Industrie statt. Es
118 wird also nur das beforscht, was die Industrie auch interessiert.

119 Das sehen Ihre Kollegen aber anders! Ihr Fachgebiet
120 Kardiologie ist doch forschungsintensiv wie kaum ein anderes.

121 Warum sind nicht andere zu den gleichen Ergebnissen
122 gekommen?

123 **Dr. Ruffmann:** In der Kardiologie schauen viele Kollegen in eine
124 andere Richtung. Das beweist auch das Motto der diesjährigen
125 Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie:
126 „Herzmedizin – Hightech Medizin“. Wenn ich mich daran halte,
127 kann ich gleich in den sterilen Kittel schlüpfen, mich auf den
128 Weg ins Herzkatheterlabor machen oder in den
129 Operationssaal. Die sanfte nicht-invasive Kardiologie bleibt
130 dann eben auf der Strecke.

131 Nun ja, vielleicht auch nicht! Zum Abschluss unseres Gesprächs:
132 Was wäre Ihr Wunsch für die nicht-invasive Kardiologie?

133 **Dr. Ruffmann:** Zuallererst wäre es schön, wenn mir ein
134 besseres Wort für nicht-invasiv einfiele. Mein größter Wunsch
135 in diesem Zusammenhang ist es aber, dass Invasivkardiologie
136 und Nicht-Invasivkardiologie miteinander ins Gespräch
137 kommen – zum Wohle der Patienten. Die Methoden ergänzen
138 sich, sie schließen sich nicht aus.

139
140 Weitere Informationen: <http://www.dr-ruffmann.de/>
141 Vielleicht interessiert auch der Film zur EECF-Therapie:
<https://www.youtube.com/watch?v=p-TCzTP2Srs>

*Der Abdruck ist frei. Wir bitten um ein Belegexemplar.

Kurzprofil - Vita

Dr. med. Kai Ruffmann, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, wurde am 21. Juli 1949 in Hamburg geboren.

Der junge Ruffmann hatte ganz eigene Träume. Er wollte etwas erleben und ging im Alter von 17 Jahren mit der Marine auf hohe See. Als Marineoffizier begann er dann 4 Jahre später das Studium der Elektrotechnik und kam darüber an die Medizin. Nach dem Grundstudium der Medizin in Heidelberg entschied er sich für seine Ausbildung zum Kardiologen, die er an den Universitätskliniken Heidelberg und Zürich absolvierte.

Sein Weg führte ihn anschließend ins Städtische Klinikum Karlsruhe, als Leitender Oberarzt der Kardiologie, bis er sich schließlich 1992 mit anderen Kollegen und eigenem Herzkatheterlabor in Karlsruhe niederließ. Seit seinem Ausscheiden 2008 führt er eine Praxis in Baden-Baden, die für **schonende nicht-invasive Kardiologie** steht.

Sein Motto nach Ursula Lehr: „Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“

Mit über 30 Jahren Erfahrung und Expertenwissen vertritt der Mediziner einen ganzheitlichen Ansatz in der Inneren Medizin und Kardiologie unter dem Motto: Prävention statt Operation